

從「疾病治療」到「健康維護」： 加拿大健康照護體系的演進與新方向*

張世雄**

在我國即將實施全民健保之際，全民健保的沉重財務負擔問題，受到極大的爭議和挑戰。加拿大的全民健康保險模式，常被拿來當作討論的個案。讚成者多強調加國模式的成功，尤其是對人民完善照顧的提升與醫療成本上漲的控制。反對者則多指出加國健保模式近年所遭遇到的沉重財務問題，以及各種改革聲音和主張的出現。本文的目的之一，在闡述這兩種論點的片面性——各自站在不同的利益基礎上。

的確，加國模式一直有著非常優良的表現。在 OECD 國家中，加國人民的滿意度經常是屬一或二的。1991 的全國民意調查中，表示滿意者達 86% (呂文峰等，1992：18；石曜堂，1992：1)。主觀層面之外，加國人民客觀的健康地位指標也十分良好 (Deber, 1993: 75)。再加上「以單一支付體系來控制醫療供給成本的上漲」和「醫療照護的普遍可近性¹和便利性」等特點，使得一些學者專家認定加國模式為值得效仿的對象 (Reinhardt, 1993; Jost and Tanenbaum, 1993; Marmor and Marshaw, 1990)。

* 本研究蒙「加拿大駐台北貿易辦事處」給予 1993 Dr. MacKay Canadian Studies Award 的協助，方得以完成。特此致謝。

** 國立中正大學社會福利系副教授

同樣的也是事實，加國因為多年來嚴重的經濟衰退，使得原本不斷成長的醫療費用，現在已成為聯邦和各省／地方政府的沉重負擔。然而改革中的加國健保，絕不只是乾脆把醫療的負擔再度推回去給人民自行負責，再美其名曰「私有化」。相反的，改革的趨勢中，除了一些加強現行醫療體系的「合理化」和有效率管理措施，更強調把現行「疾病治療為主」的健保模式，深化為真正的「健康維持為主」的模式。前者的運作依賴於一不斷成長的經濟，配合著財務結構的穩定和管理技術的效率化。後者則體認到結構性因素的限制，包括人口結構的老化和經濟成長的極限，主張強化維持健康的環境、正確的生活型態、和疾病的預防，期使健康問題能脫離狹隘的「疾病治療」模式，和對資源的無限投入。

這種強調預防保健和環保的整體性健康視野並不新奇，但過去在經濟成長下，醫療專業和管理人員不斷地以「治療的觀點」來建構醫療的產業，因此一直沒有得到真正的重視和實行。很諷刺的是，整體性視野的開展，卻要依賴於經濟不景氣所帶來的財務壓力。簡單的說，它凸顯出國民的健康問題與經濟資源的投入大小，並沒有直接的關聯。美國與日本提供兩個最佳的極端反例。美國的醫療花費在OECD國家向來居最高，但其國民的健康地位向來居末位。即使是加國國民的健康品質和醫療成本控制，也常只是優於美國而已。日本卻正好反其道而行(Maxwell, 1993；呂文峰等，1992：22-5)。包括健保制度設計、國民生活型態和環境污染等整體性因素的影響，說明「疾病治療模式」和其所伴隨的「財務為主觀點」的根本缺失。

「疾病治療模式」的缺失，並不只是單純的認識或訊息錯誤，而是在利益上的根本衝突。在「疾病治療模式」中，醫療專業和管理人員是制度的核心。透過對治療過程的界定和實行，他們掌握了由健康保險制度產生的絕大多數利益—不只是金錢，還有權力的問題。傳統的醫師與病患關係，向來是不平等的，因為醫師有決定病患生死癒病的力量。同時醫師團體強大的利益說服團體，更是對健保政策和法律

有重要的影響力。健保雖然「部份地」解除了金錢和治病間的直接關聯，但這種權力關係本質，則沒有根本的改變。我們終究只能依賴一抽象的「醫德」，來期待好的醫療品質。「整體性健康模式」則不再以醫師為唯一中心，而強調多元的維持健康途徑和手段。換言之，它期待把健康問題「去醫療化」(de-medicalization)，並以地方組織的方式，來與醫療專業團體交涉，以增進公民消費者團體的自主性。

上述加國健保改革的新視野，仍是在形成的階段中。由於加國健保並非是單一體系，而是由聯邦制定最低標準，十個省和二個地方再依各自需要，發展出十二套相互關聯的體系。因此，各省或地方的改革方向和步驟並非完全一致，也不適用於用「全民」來稱呼這種健康照護保險體系。但這種「去醫療化」的走向，具有相當程度的重要性。向來扮演加國實施健保制度先鋒的 Saskatchewan 省，當前即是以「去醫療化」作為其所謂「均衡性健康模式」(Wellness model) 的重要方向 (Saskatchewan, 1993a)。

要進一步理解這種健保思考模式上的轉變，首先需要對加國健保的發展歷史有一輪廓性認識。其次，對於加國近些年來所遭受到的財務負擔問題和改革，分「供給成本控制」和「醫療消費需求控制」兩方面，作一整體結構性的分析。隨後本文提出「健康維護模式」所要面臨的挑戰。最後則以加國健保的發展為經驗，找出可以為我國建立全民健保的策略性參考點。此外，本文目的旨在借加國健保模式的思考邏輯，來彰顯其優缺點。相對於一些完整的量化研究 (呂文峰等，1992; Taylor, 1990)，本文並不企圖整合和報導這些量化資料。

壹、加拿大健保的歷史演化

直到本世紀初期，加拿大和美國一樣，都是在社會和健康政策上，名列孫山的落後國家 (Orloff, 1993)。到了 1960 年代起，加拿大人開始能以其健保體系自豪，並與落後的美國區分開來。一個普及性

的健康保險，已是加拿大人的文化認同基礎。甚至一些加國的經濟學家也據此，把自己和美國經濟學分開來。² 在一個強調多元文化的社會中，普及性的健保也扮演著團結聯繫的重任。當然，健康照護保險也因此一直是加國政治上的重要議題，尤其是 1993 年 10 月中展開的全國大選。

在說明演化過程前，我們可以大致了解一下其特徵。其中一主要特徵是，除 Alberta 和 British Columbia 二省酌收保險費外，其餘皆以稅收來支付。因此各地方政府是保險人，也是單一的醫療服務買主。有學者指出，這種不是「以風險基礎來徵收保費」的健康照護制度，不宜稱為「保險」（覃怡輝，1991：156-7）。另一方面如果我們檢視「保費」和「稅收」的徵收結構，BC 省除外，可以發現兩者的趨同發展：皆以所得高低，採「分段累進費率」原則（覃怡輝，1991：176-7）。亦即是以「負擔能力」取代商業保險中的「個人風險」計算基礎（張世雄，1993a：50-1）。此外，「第三者付費」的原則，都使得加國模式具有一種「準保險」的特性（Reinhardt 1993：22-4）。因此本文仍視為是健保的一種。

「單一支付者體系」的獨特性，使保險人得以有較高優勢地位，從事集體談判，和醫院以及醫師團體定期協議和調整醫療費用支付的標準。至目前止，加國健保體系對醫院費用的支付，採總額預算制。除了極少數採支薪的醫師外，一般醫師費用採「以服務量計價」制支付。至於藥物的保險，因最晚開始辦理施行，又逢經濟衰退，最多只是涵蓋老人和窮人部份。Saskatchewan 省是唯一有藥物保險者，但該項保險需繳保費。

雖然基本上以稅收來辦理健保，但加國並沒有把整個醫療照護體系社會化。也就是說，她不像英國——醫院是國家公營的，醫師是國家雇用的（比較 Reinhardt, 1993：22-4）。加國健保基本上是混合「公共的財務管理」和「私營的醫療服務提供」，以同時保有普遍照顧居

民的醫療需求和私營服務的有效率之優點。加國多數的醫院，都是非營利的社區志願組織醫院和一些市政府等機構所擁有的醫院。³ 它們都有自己的董事會和管理階層，每年以談判所得的總額預算來自行經營。⁴ 只有為數極少的私人營利（專科）醫院，理由當然是健保立法對私人醫院經營生存的限制。同樣的，醫師是自由執業，也可以自行選擇是否要加入健保體系（opting in/out）。當然，也只有極少數的醫師，選擇了不加入。實際上，在健保體系下，醫師收入的穩定性，使得一些要到美國市場上賺大錢的醫生，有多數仍選擇回到加拿大。最後，加國公民在生病時，可以選擇到任何執業醫師的診所就醫，同時只需出示其個人的健康保險卡，由醫師直接向省政府請款即可。如個人有藥物保險時，也是憑保險卡到社區藥局依處方配藥，另外很可能要自付一部份的處方費。

當然，加國的健保體系不是一次造成的，而是有階段性的在一些省份逐步展開實驗。實驗至一定成果時，再由國會立法規定最低標準，並以聯邦財務補助的方式吸引，來促使各省接受聯邦的最低標準。當前的健保體系，是把醫院（住院）保險和醫師診療保險分成兩個階段，先後立法和實施。經過多年（1917 起）的修正和努力，第一個公共性、普及性的醫院（住院）保險，最先是在 1947 年的 Saskatchewan 省完成。隨後在 1949 年，British Columbia 省份也提供了一相近的醫院（住院）保險，而 Alberta 和 Newfoundland 兩省則僅提供了部份的保險。終於在 1957 年，由國會立法通過醫院（住院）保險與診療服務法（Hospital Insurance and Diagnostic Services Act）。由於加國憲法規定，健康照護事務職權屬地方政府的權限，聯邦無權直接強制執行。因此該法同時規定，聯邦政府對符合聯邦最低標準的省份，可以給予約對等金額的經費補助，以鼓勵各省份自行設立。這種聯邦財務補助的特色，構成所謂的「財政聯邦主義」（Fiscal Federalism）。至 1961 年，加國聯邦下的十個省和二個地方都已設立一保障其居民的醫院（住院）保險。

醫師診療費的保險，是醫院(住院)保險體系完成後的下一個目標。同樣的，再次由 Saskatchewan 省，於 1962 首先提供完整的在醫院外醫師的診療服務保險。聯邦於 1966 年三讀通過醫療照護保險法 (Medical Care Insurance Act) 的立法，於 1968 年開始生效施行。⁵ 該法並確立了加國健康照護體系的五大原則：涵蓋的普及性、服務的周延性、合理的可近性、服務的便利性 (portability)、公共行政管理的保險計劃。同時有條件的「對等成本分攤」原則，也再度確立。至 1972 年所有省份和地方的醫療保險，都擴大到涵蓋醫師的診療費用。同時，各省也開始涵蓋醫院門診和急救服務的保險。至此，加國現有健保體系大致完成。至於完整的健康照護體系的另一重要組成—藥物保險，目前仍僅限於 Saskatchewan 一省在施行中。受經濟衰退的影響，藥物保險的計劃，在其它省至多是限制在對老人與窮人的保險。

上述這些演化的過程，說明逐步階段性的重要。除了這種漸進的過程外，成功另外的重要因素，當然也包括從戰後到 1970 年代初期的持續經濟成長與人口結構的有利組成。此外，健保法律禁止私人商業化保險公司，從事與政府健康保險基本項目相同的業務。這使得加國的健康保險立法和改革，都避開了如美國所遭受到龐大私人保險集團的強大壓力 (Deber, 1993: 85-9)。當然，每一次的改革和立法，在各地都免不了都引發了醫師團體強大的反抗力量，包括採取集體罷診和出走等極端方式。但這些策略在缺乏正當性下，終歸失敗和妥協 (Taylor, 1990; Canada, 1992)。

雖然加國健保體系的基本架構已在 1970 年代完成，但也在這個年代開始有了一些不同的思考方向和轉變。1974 聯邦發表的一份健康文件 —〈對加拿大人健康的新觀點〉 (A New Perspective on the Health of Canadians)。文中指出醫療照護只是人類健康的要素之一，而非全部。該文件強調生物條件、環境條件、和生活型態等因素，也對人類健康有重大的影響。也因此健康資源的分配，不應該只集中在醫療照護的狹隘面。換言之，把健康問題窄化為「醫療」問題，同時會轉移

了其它所有的健康資源，來填補「醫療」巨獸這一無底洞。這包括醫療專業人員對名（技術性突破）與利（吸引患者）的追求，形成一種不斷尋求高科技設備的內在動力，相對地忽略了基本醫療照護的工作。⁶ 醫療高科技化的結果，是加速社會的兩極化。在加國，制止這種「惡性誘因」的手段，是把高科技設備的添購，列為政府嚴格審核的補助項目（石曜堂，1992：22）。即使是如此，新的高科技費用上漲，仍是在加國近年健保財務惡化的主因之一（呂文峰等，1992：VII, 131）。在一個以私人營利大型醫院為主要照護機構的社會，更缺乏可能的政府節制力量。問題也將加倍嚴重。我國當前醫院對電腦斷層掃描的濫用—勞保使用率是美國的 81 倍，就是最佳例證（民生報，1993 年 9 月 10 日 23 版）。

另一方面，「醫療化思考模式」需要龐大的財力支持，而間接地以犧牲環境品質，來謀求高度的經濟成長。對環境問題的忽視與犧牲，造成全民健康品質的惡化，再企圖以昂貴的「醫療」手段來彌補。這種惡性循環的效果（醫療化需求 → 長期經濟成長的支持 → 生態環境的剝削和忽視 → 醫療需求增高 → …），其實是顯而易見的。當我們再把經濟成長的問題拉進來，問題更符合我們的現狀。以漠視環境為經濟持續成長的代價，再以「醫療需求」來合理化經濟成長的優先性。但明顯的，再高的經濟成長，都不一定能滿足因環境惡化產生的「醫療需求」。而無論是宿命的「成長極限說」或樂觀的「工業主義說」，經濟成長的困境，已是先進工業國家自 1970 年代以來，普遍的遭遇。對健康問題，重新以整體性思考來著手，正是全球經濟衰退下（幸運？）的副產品。

如果要檢討為何過去偶發的「去醫療化」聲音，一直沒有能形成壓力，階級利益的問題，是無可避免的。無論是經濟成長或「醫療化」，賺錢的總是有錢的一方，而環境犧牲的社會成本對象，卻是窮人。在政府不介入醫療市場，也無財務負擔的情況下，窮苦犧牲者的反抗，可以警察國家的威權方式來強力鎮壓。但當政府因尋求選舉民

主下的政治合法性，而刻意的介入健保問題時，健保財務的壓力，則直接地影響到政府的正常化運作。政府的反應，不外乎兩種：一是如新右派的「私有化」論述，再把責任推回給個人與家庭，讓人民重新在醫療市場中，「自由選擇」的掙扎。一是改造現行「醫療化模式」，深化健保的策略，建設健康的環境，以減少因環境惡產生的「多餘醫療需求」。

在新的整體性觀點下，聯邦政府也發現，現行的「對等成本分攤辦法」(cost-sharing)有著嚴重的缺失：它錯誤地導引地方政府，把全部醫療資源投入醫院和醫師診療服務方案，以提高聯邦政府的經費補助金額。一方面，這不斷加強富有省份與貧窮省份的差距；另一方面，扼殺了地方政府的意願，去尋求其它可能增進人民健康福祉的手段。誠然，1977年聯邦改變經費補助標準的方式，是受到經濟不景氣因素和醫療支出的快速成長(1960-75間總費用增加六倍，呂文峰等，1992：26)影響。1977的「中央地方財務處理及現有施政計劃財務法案」(Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Program Financial Act; EPF Act)直接的目的，是在合理化聯邦經費補助方式。聯邦放棄以往以各省實際醫療費用數額為基礎的補助方式，以解決健保預算無法預先確定的缺失。轉而採取以各省人數為基數的整額撥款方式(Block Funding)，輔以隨國民生產毛額成長率的調整，以達「量入為出」的控制原則。該法案除了仍要求遵守五大健保原則外，也開始提供對其它健康照護方案的補助(呂文峰等，1992：31)。

1977 EPF 法案施行後，各省與地方因補助經費不再以實際醫療支出為基礎，開始願意採較有彈性的實驗一些新的健康照護方案，例如社區健康中心、老人的藥物保險和補助保險方案。當然，EPF 法案還沒有直接訴諸於一整體性的健康概念，但已間接的去除了完全「醫療化模式」的結構性誘因。每一次的經濟衰退，則刺激著各省尋求更多醫療模式以外的可能性替代方案。進入九〇年代的加國經濟，仍舊遭

遇到持續的衰退。這正構成加國健保體系，尋求深化和「去醫療化」的強大動力。

在進入 1980 年代的加拿大健康照護保險體系，經過二十多年的施行成效後，仍不能滿意於醫院收取使用費 (hospital user fees) 和醫師收取超額診療費 (extra billings)，對「可近性」構成重大的阻礙問題。這形成 1980 年代，加國健保改革的主要對象。很顯然的，這次的改革也在全國各地，遭到醫療專業和管理人員的強力杯葛和抗爭 (Taylor, 1990)。但聯邦的健保工作研究小組指出，醫院和醫師對公民病患收取超出保險給付以外的金額，勢必造成了公民間健康地位上的兩極化和階層化，威脅和阻礙了合理可近性的原則。

1984 年聯邦國會通過「加拿大健康法」(Canada Health Act)，其中明文禁止醫院收取任何的使用費 (如我國醫院掛號費)，以及醫師對病患要求的超額費用。立法的理由是這些「自行負擔金額」，只是徒然的造成醫療地位上的兩種等級劃分，使得部份公民因無法負擔自付額，而失去對醫療資源的合理可近性。同時，許多研究也指出，規定自付金額的手段，也達不到真正有效控制濫用的目的。⁷ 這理由其實很簡單。當自付額低時，效果自然有限。但自付額高時，情況反而更惡化。因為當窮人因付不起而被擋在醫療資源之外時，正好減少了排隊等候的問題，使負擔得起的中產階級和有錢人，得以趁空享用「相對低廉」的醫療設施。這後果是加強了社會上「貧」與「病」的結合。加國聯邦政府乃以嚴厲的罰則——對各省的補助經費，採超收一元自付金額對減少一元補助金的罰則 (Canada, 1993)，來防止這種不良制度產生的社會不平等後果。至 1987 年，各省才完全遵守聯邦「加拿大健康法」的約束 (Taylor, 1990: 226)。

如自 1962 年算起，加國健保模式的實施，也已經歷了 30 年的考驗。當前這一體系正面臨著雙重的挑戰。一是經濟衰退產生的財務收支困難；一是醫療需求的增加與醫療成本的上漲。前者不是加國的獨

特難題，而是涉及到國際經濟體系的結構轉型問題。由於這不是單獨一國可以控制的因素，因此健保改革的方向，基本上是以結構性的整體調整，來控制醫療需求成長和醫療成本上漲。

貳、醫療支出的結構性缺失與供給成本控制的改革

在改善居民對健保體系合理可近性的同時，加國經濟的持續不景氣，以及人口結構老化、都市區域醫師和醫院供給過多、以量計酬造成的高收入醫師和昂貴高科技的追求（呂文峰等，1992：VII），都使得健保體系的維持，成為各省的重大財務負擔。就以 Ontario 省為例，近年來健保經費常佔總預算的三分之一。其它各省的情形也十分類似（石曜堂，1992：22）。面對這些財務壓力的挑戰，各省的健康部會在長期方面，企圖建構在現行健康照護體系之外的新架構，如「去醫療化」。在短期方面，則極力尋求減少現行健康支出的新手段。也就是一般所說的「成本控制」（cost-containment）。雖然在一般常用的「醫療支出佔國民生產毛額比」上，加國高居 OECD 國家第二位，僅優於美國。但這種比較是粗略的、形式的和不穩定的，深受國家經濟成長和其它人口因素所影響，如加國經濟的持續低落。當然也有以每人每年平均醫療費用支出作比較基礎。但這也受到許多因素的影響，如物價水準。相對於此，加國在實質的成本控制面的表現和成就，一向享有盛名（Evans et al., 1989; Jost and Tanenbaum, 1993）。這些手段可分醫院、醫師和藥物處方三方面來分別說明。

首先是對佔醫療支出比例最高的醫院經費，⁸ 進行「合理化」的整頓與合併。反對的力量不僅來自醫療專業與管理人員，也來自醫院所處社區的居民，因為此舉降低了其原有的可近性。但在維繫健保體系運作的社會共識前提下，「合理化」的工作，包括減少病床數、關閉過於密集的醫院、加強醫院間的互補性、以及「病例組合」（Case-Mixed）的應用等，已有一定成效，⁹ 且仍在持續進行中。其中「病例

組合」的方式，旨在促使醫院採取較為「整合的醫療觀點」，來診斷和治療病患，以避免過去「專科分割」下，頭痛醫頭的無效率作法。但是減少醫院數目的策略，也產生了一些有待彌補的副作用。一是偏遠地區就醫時的交通問題。無論是政府或個人負擔，交通成本的增加，尤其是在人口居住散佈十分廣闊的農業省份，形成另一個不可忽略的問題。另外就是等候就診的名單，相對地加長了。雖然在 Ontario 省的健康部官員表示，目前的等候時間尚在合理的範圍內。同時一些研究也指出，冗長候診名單的問題通常是「醫療供給者間有意或無意的缺乏聯繫」造成，而不是「醫療資源缺乏」的結果 (Deber, 1993: 82)。但長期來說，尤其是當人口老化更嚴重時，這問題仍將會加劇。

另一個重要的創新，是有關於醫院經費分配方式的改變。加國對醫院經費分配，採所謂總額預算制 (global funding)。每年醫院在政府預先發布的「支出項目指引」限制下，編列總預算。而政府則視其財務和稅收狀況，與醫院進行談判，得出每年的總預算額。「預算引導」的健保支出方式，穩定化了「支出引導」方式所造成的費用不斷高漲問題。但醫院編列預算時，向來只以過去預算為基礎，使得原有預算高的，通常仍得到較高的預算。這種以過去為基點的預算編列方式，使得原本已缺乏效率的醫院，沒有任何刺激改進的誘因。這造成健保「體系性的不理性」，因為即使是效率差的醫院，在總額預算制下，也沒有任何力量可以讓它自行關門。在 British Columbia 省，已開始採用以人口—需要 (疾病率, Demographic / Need-Based Funding) 為新的分配基礎。在 Saskatchewan，劃分「健康區域」(health districts) 後，再依「人口基準」(Population-based funding) 的分配模式，則已具雛型。¹⁰ 這種強調經費更為有效的重分配方式，與聯邦在 1977 年 EFP 法案的改革目的一樣。但對「體系性不理性」問題的改進，仍有待其它策略的發展。

其次，是要對日益高漲的醫師診療費支出，作儘可能的限制。醫師診療支出的快速增加，原因不僅是出在「以量計酬」的方式，無法

有效節制其服務量和最後的收入，也與都會地區醫師供給過多有關。對於前一個問題，一些省份先後已訂定個別醫師收入的上限（類似預算制）。方法是對於醫師超額的服務量，只給部份的給付，並反應於次年支付標準調整幅度的減少，以達控制服務量的成長（石曜堂，1992：19-22）。當然，這是一種有效控制個別醫師最高收入的方法，但也會有一些副作用。如某些名醫會自我限制服務量，而形成冗長的等候就診名單。但這並不是因為「資源缺乏」所造成的後果。

同時，這種依賴每年議價的方式，在經濟衰退情況下，愈來愈難以達成妥協。雖然 Ontario 省在今年的夏天，達成了一項重要的「社會契約」協議，對包括醫師和醫院在內等，由政府公共預算支付的所有經費，進行減薪的措施，以減少支出，但同時避免職位的削減（Statutes of Ontario, July 8, 1993）。同樣的，British Columbia 長達十多個月的議價紛爭，也終於在 8 月中旬落幕。但這些艱辛的議價過程，並非全無代價。冗長的對抗過程中，有七十多位 British Columbia 的醫師，宣布脫離健保體系，並要求其病人付現就診。在協議達成時，這些醫師宣稱不急著回到健保體系中。反而到處傳達脫離健保體系的優點：收入雖減少了些，但工作量也減輕了。對於這一脫離行為（opting out）的分析，UBC 著名的健保經濟學家 R. G. Evans 憂心地認為可能會危及健保體系的存續（Global and Mail, 8 / 4 / 1993: A1-A4）。

再者，根據呂文峰等的研究（1992：118-119），醫師數量的超額供給，雖然沒有直接引起醫師酬付費比例的大幅增加，但卻會間接的引發其它醫療費用的增加。例如在一些省份（如 Ontario）已發生的現象，有醫生要求病患到一些私人的檢驗所，作各種非必要的檢驗項目，即使是在醫院也可提供相同的服務項目時。醫生數量過多的主因，則是來自於 1964 年對加國未來人口成長的錯誤高估，而造成醫師培訓過多。聯邦衛生福利部長和各省健康部長在 1992 年，聚會（Banff, Alberta）決定未來減少醫師增加的主要方法。四項政策包括要會同教育部減少醫科新生入學人數、減少研究所入學人數、減少外國

醫學畢業生至加國接受研究所訓練人數、以及加強對執業醫生守則的發展和實施 (The Provincial/Territorial Ministers of Health, 1992)。此外，各省多以差別給付水準，來鼓勵醫師至較偏遠地區服務。或以至偏遠地區服務，來取得在該省行醫的証照。這是 Ontario 省對外國移入醫師的限制之一。

然而無論是對醫生數量的限制或服務量的限制，都仍不能解決醫師「以量計酬」的缺失。更不用說這些措施所引發的衝突和抗爭。企圖由消費者方面設下限制之言論，如採「部份分擔制」，在加國並沒有受到太大的回響。主因不只是因為成效有限，同時根本就是本末倒置的作法—透過處罰消費者來束縛醫師。另一種途徑，是逐步把醫生變成醫院或社區中的「受薪團體」。如此一來可以更為有效的管理。¹¹ 在 Ontario 省，對於一些收入原本不高的醫師，這種薪水階級化是受到歡迎，並有部份已加入。但對於收入較高的醫師，尤其是專科醫師，這會意謂著醫師的「無產階級化」。在健保體系下，醫師團體經常抱怨其專業自主性的被縮小和限制。但成為薪水階級後，醫師們將可能失去界定什麼是「必要醫療」的權力，而只能配合管理階層對控制和降低成本的要求，如 DRGs 的實施。在需向社區負責的加國非營利醫院中，這種界定權力仍可能受到社區人民的限制。在充滿營利取向的醫院體系中，不僅醫師將喪失其專業自主性，更會是意謂著醫療品質直接面對利潤動機的威脅 (比較簡聰健，1993：98-109)。

在「以量計價」和「薪水階級化」的制度化兩難間，還有一種新的途徑發展著。那是模仿美國「健康維護組織」(Health Maintenance Organizations, HMOs) 所組成的「周延性的健康組織」(Comprehensive Health Organizations, CHOs)。這兩者都是一群人自行組織起來，與另一個醫療團體訂定契約，以每年協定的一定數額，訂約醫療團體必需負責這組織所有成員的健康照護問題。如這醫療團體能以較低的成本，來維持組織成員的健康，自然利潤就大。不同於美國參與者需自行繳付定額保費，社區健康組織是由省政府依組織人數為基數，來撥

付整筆款項。雖然在 Ontario 省的一些健保專家極力推動這實驗，但截至目前為止，其被接受度十分有限。¹² 同時，從十九世紀末和本世紀初「互助保險」發展的歷史經驗來看，這些組織會傾向於排斥高風險群，使最需要者反而不能有所保障 (Deber, 1993: 87)。而高風險群自行聚成組織，卻無法找到願意與之訂約的醫療團體。這也是國家強制的社會保險興起的重要理由之一 (張世雄, 1993a)。雖然這種以社區組織為照護單位的理想，接近了所謂「加強消費者主權」的概念，也對整體性適當生活形態因素有相互自我約束的作用，但上述內在社會邏輯困難仍有待突破 (比較美國改革方案中的 Purchasing Cooperative, Starr 1993)。

在現行有限的藥物保險方面，存在的問題不只是消費者濫用或醫師濫開處方，同時更有藥物間交互作用產生的不良後果。在 Saskatchewan 省，以一套名為 Turkey System 的簡易電腦系統 (石曜堂, 1992: 13-15)，與總數一千多家的社區藥局作即時的線上連線。資訊電腦化的好處，是藥局可以立即查出該處方是否符合保險給付條件、¹³ 有否重複領用、甚或從不同的醫師處重複取到處方等。該系統目前亦朝向兩個方向發展。一是希望與執業醫師直接連線，以排除一天看數個醫師的消費者。反過來說，保險人也可以由醫師個人的資料檔中，發現該醫師是否有不當的醫療行為。如某醫師有特別偏好昂貴的藥物或指定檢查。二是希望由病患的資料檔中，來掌握病患的用藥情形，以避免藥物交互作用，導致更多醫療資源的浪費。¹⁴ 對於使用率高的老人團體，這更是重要的方向。

藥物支出的成長原因，除了上述濫用和濫開的情形外，還有藥價的壟斷和抬高。在以美國、日本、德國為主的大型跨國藥廠，經常有壟斷抬價的能力。雖然政府是以集體談判的方式，來與廠商達到藥價的協議，再由社區藥局依協議價自行訂貨、購入。但對藥品專利權的保障，尤其是在美國的貿易壓力下，常使得專利保障延長，導致藥價上漲。另一方面，例如美國的藥廠，充份利用國家研究基金的補貼來開

發新藥品，再從中謀取高額利潤 (Love, 1993)。如何面對這些巨型跨國藥廠的壟斷，將成為控制藥物支出成長的另一個難題。在國際貿易戰爭日益激烈的情況下，這更會是個挑戰。

除對醫院、醫師和藥物的控制外，加國對高科技產品和技術亦加以控制。從市場理論來看，「發明」是因為「需求」的存在而產生。但是至少從健康醫療市場來看，這是不正確的。相反的，經常是醫療科技的「發明」，創造了「需求」。如醫療提供者對電腦斷層或超音波掃描的普遍使用和濫用 (民生報對衛生署全民健保規劃小組在 1993 年研究的報導)。因此加拿大對這些高科技產品採嚴格的審察制度，以免於濫用。這也導致市場論者批評加國健保，在技術上的落後。Deber (1993: 82-3) 發現這種批評有著重大缺陷，因為市場論者是以「可供使用的醫療資源單位」來計算，而不是採「實際使用的醫療資源單位」基礎。前者正如我國許多醫院競相爭購高科技儀器一樣，要不就是閒置，要不就是濫用。加國強調的是資源的高使用率，而不是去誇耀擁有率。

參、醫療消費需求的控制：對患者 — 消費者的 「開源與節流」財務模式

一般人都可理解，開源與節流，是解決財務困難的兩個方向。在節流方面，控制供給成本和減少消費需求也是方向相反的策略。至於採取那一種策略較為有效，則受到政治和社會經濟因素的限制。節流方面，加國對成本控制的努力和成效，都有值得學習之處。雖然說加國人口成長的速度，目前並沒有造成困擾。但人口結構老化的趨勢，則轉成需求面的增加，不斷抵消了這些成本控制努力上的成果。開源方面，如前所述，受到加國經濟和其所處的國際經濟環境影響，短期內也無改善跡象，甚至更為惡化。剩下來的途徑，似乎只能努力減少

醫療需求和增加使用者付費。換言之，只有對醫療消費者的行為，加以影響。但這正是「疾病治療」和財務管理模式的限制。

從消費者身上「開源」，也不是新鮮的概念。徵收保費，以維持健保體系的財務自足，是保險的基本邏輯。自八〇年代起，多數國家都開始有了各種不同的替代方案和節制措施，以控制和改變消費者無節制的使用醫療資源行為。當然最簡單的方法就是讓消費者自行支付，不再給予保險給付。正如有人認為，由於汽車保險使得駕駛人成為更不負責任的駕駛。所以要提高駕駛人的責任心，就應該廢除保險，讓駕駛人自行承擔其行為的成本。基本上，這種新右派的自由市場論調，在加國是沒有太大的市場。¹⁵ 健康照護之所以必須成爲一種社會保險，就因爲人民的健康品質，不只是個人生活型態的選擇，也是一國生活環境的結果。所謂「健康是個人責任」的市場論說法，是種誤導的簡化道德論述。新右派積極地把「患者」轉變成「消費者」的地位，並以「消費者主權」和「選擇自由」的口號，來合理化「社會問題」爲「個人問題」和責任。於是，健康問題只是個人基於成本和利益的選擇問題。健保的問題，也只剩下財務管理的問題。這種以「成本轉移」來替代「成本控制」的方法，是「私有化」口號的危險所在。

「財務自足」也不見得是萬靈丹的原則。在美國強大商業保險體系運作下，「羊毛出在羊身上」。美國醫療費用的高漲，造成保險費隨之不斷高漲。保費高漲的後果，當然是把高危險群和低收入群優先排除。美國成爲 OECD 國家中，醫療支出費用最高、醫療品質最差、人民最缺乏保障的一個 (石曜堂，1992：1-2)，並不是沒有道理的。長久以來，由這個商業保險體系和營利爲主的醫療體系，共同組成一個「利益複合體」，反對任何社會保險形式的醫療照護，使美國長期停留在健康照護的「低度開發國家」。長久以來的改革呼聲，從1974 (Andreopoulos, 1975) 到 1984 的全國健保會議，雖然在 1993 年，Clinton 政府上台時，開始有了回響。但改革的路途仍然遙遠和艱辛。

由於商業保險（以及互助保險）的邏輯先天性限制，才有了政府經營或監督的社會保險制度出現（張世雄，1993a）。所以企圖以「保費」來開源，有著邏輯上的困難。同時更造成一種陷阱：被保險人因為繳了保費，而產生「不用白不用」的浪費行為。

從社會經濟現實面來看，加國經濟衰退的事實，使得開徵或提高保費的作法，都成為困難。在政治現實上也有難處。選票的問題，限制了執政政府的選擇。另一方面，技術官僚企圖把健保問題「去政治化」（de-politicalization）的理想（Parsons, 1993），可能遭遇到更多的困難。以純粹技術官僚管理的模式，常陷於以集中式的財務取向管理。加國聯邦和省府過去經費分配的方式和對資源的誤導，是很好的例証。這種簡化的管理模式不只在經濟上無法真正有效的控制成本（Lemay, 1993），更在政治上有威權集中統治的危險。例如典型財務決定論，Oregon Model 的採用—以財務能力為出發點，再加上一些醫療需求量等因素的考慮，來決定健康照護所能提供的項目範圍（Wong, 1993）。這種「技術官僚本位」的作法，只是另一種鋸箭法。

另外，1993年7月新任女總理內閣改組後的新任健康部（原名為健康暨福利部）部長，Mary Collins，提議設立一全國性的健保體系，以更為整體和有效的解決健保難題（Global and Mail, 8/24/1993, A1-A4）。這種提議自然遭受到各種批評，認為會導致忽略地域性的差異和需求。「地域化的趨勢」（decentralization）被認為是可以更有彈性的因應不同人口群的需求，並鼓勵尋求「醫療化」以外的更多新途徑（Lemay, 1993: 26）。這種新途徑，也承認「政治化」是健保體系無法割除的重要因素，但強調要重新導引政治的方向。以加強人民從微觀層次的參與決定權（empower the people），來減除政客在鉅觀層面上短視自利的操縱行為。¹⁶

「開源」不成，就只好「節流」。節流的方法，包括減少或廢除一些附加的健保項目。如 Ontario 省，對於居民患者在國外的醫療費

用，不再採全額補助，而訂定每日住院的上限(200美元)。同時也在考慮取消現行對非公民(但為合法居民)的健康照護。除了這些支出的直接減少外，當然也有間接減少消費者使用的手段。減少消費者使用醫療資源的方法，是引入所謂的「部份分擔制」，包括所謂的「醫院使用費或差額」和「醫師超額收費」。雖然在1984「加拿大健康法案」已否定這一方式的有效性(節制濫用)和可欲性(造成社會兩級化)，但不時仍有些聲音出現。在經濟衰退的壓力下，經濟活動接近美國的省份，更有這種趨勢。例如 Ontario 和 British Columbia。同時更因為聯邦補助金額的逐年減少，使得聯邦對各省健保體系的節制能力，愈有下降的趨勢。這也引發了悲觀的論調，產生對加國現行健保體系是否有能力繼續維持的疑慮。

八〇年代電腦監控系統的引入，成為「節流」的重要手段。Saskatchewan 省應用在藥物消費支出上，已有重要的節制成效。但有關醫師費用的監控，仍有待電腦資訊系統的擴大應用。在預算縮減和醫師數目遠較藥局為龐大下，電腦監控系統的建立，反成為另一種難題。同樣的，財務能力和效率增進間的二難，也出現在加國的醫院體系間的即時溝通和資源聯繫。¹⁷當然除財務困難之外，缺乏有利誘因也是個重要因素。因為採用這些監控系統，既不會直接增加醫院與醫師的收入，反而可能受到更多的節制(Reinhardt, 1993: 35)。換言之，資訊化雖有財務和經濟控制上的效率，但也意謂著一種政治上的危險：控有資訊成為一種新的權力。每個人的生活資料，都會暴露在一中央控制的電腦系統上，隨時可以成為控制和操縱社會意見與行為的「有效」工具。對於這種電腦「老大哥」的恐懼，如何在民主政治中被充份的意識到和制衡呢？有關資訊利用的管制法，尤其是對個人權益的保障，必需是電腦監控系統發展的重要前提。

肆、健康品質與整體的健康維護模式

健康品質的問題，顯然不是單純疾病治療和財務管理的問題。在人類生活環境因工業生產和大眾消費增加，產生不斷環境惡化的現代，健康的品質也隨之不斷構成問題。巨額醫療費用的投入，絕不等同於人類健康品質的改進。從加國當前的經驗來看，實際上我們是不能，也不當，否認開源與節流上的努力與成效。但從社會經濟結構的層面來看，無論是開源或節流的方法，終將會遭遇到結構性的根本限制——正如我們的生物結構對我們產生的限制。基於這種「有限性」的認識，我們只能在結構性限制的因果中，來反省和尋找疏解的出路。或者我們可以這麼說，現行的「疾病治療」和財務管理模式，都只是一種「圍堵法」。從現在起，我們需要的可能是一種更積極、多樣化和讓居民自主自覺的「疏導法」，以減少疾病的發生。

整體健康維護模式的形成和被重視，可以算是加拿大健康照護保險經過多年實施後的醒悟與轉向。從 1974「對加拿大人健康的新觀點」(Canada)，經歷 1985 Dr. Hancock 呼籲要以「健全的公共政策」取代「公共的健康政策」(From Public Health Policy to Healthy Public Policy)，到九〇年代因直接財務壓力產生的整體性健康維護模式(Saskatchewan, 1993a)，都留給我們一些危機的意識和能力上的考驗。誠然如一位北 Ontario 省研究主管所述，預防的概念和措施一點也不新奇，只是效果非常有限。他舉例說，加國政府多年來一直提倡「戒煙」，且執行公共場所「禁煙」政策，但健康品質並未顯著提高。再加上人類先天生物結構的限制，使「預防」努力措施有了根本的極限。但從另一個角度看，包括一些簡單基本措施在內的許多預防工作，在缺乏財務壓力下，所做的努力常常有限。甚至可能為了高科技技術的追求，造成各種資源的轉移，而鬆懈了需要長期關照的預防工作。同時對於人類的生物極限何在，我們恐怕也不是很清楚。更何況健康和環境問題一樣，都是只有在很長的時間中，才能看出效果。對

於要求在短時間內就有業績產生的官僚體系，這是最不值得去花時間和金錢的部份。因此，預防的有限性，不能只是當成藉口。

基於健康官僚體制的內在侷限，有關健康照護的問題必需有更多的參與者。於 Saskatchewan 省，改革中的健康照護體系，就分成四個獨立但互補的單位。除了原有官僚體系的健康部外，另設有「省健康議會」(Provincial Health Council)、「健康設施使用和研究委員會」、和「地區健康議會」。前者的最重要功能，即是從經濟、社會、教育、環境、生活型態和其它因素，來整體地檢視健康的問題，並提供各種可行的方案和建議，以「健全的公共政策」來增進健康的條件。(Saskatchewan, 1993b) 這種獨立的「健康議會」設計，可以減少官僚體系的僵化，探索長期性和整體性的健康問題和疏解策略。

在整體性健康維護模式中，兩個常被討論和強調的因素，分別是環境和生活型態。今天，有關環境——尤其是汙染——對人體健康的影響，已經不需再重覆說明。包括加拿大在內的許多國家，都把健康問題與環境問題作整體性的聯結。日本的健康照護討論，更是直接列入人民的生活環境問題 (Japan, 1992: 232-263)。但在經濟成長的壓力下，環境常常變成犧牲品。同時它也常成爲一種社會問題的來源。因爲經濟發展的直接受益者——大型企業經營者和政策制定者，經常無需直接負擔這些環境成本和健康成本。即使是在「成本內在化」和「污染者付費」原則的運作下，因爲這些成本的無法計算、難以認定、無形和長期破壞的性質，根本不可能實現其公平理念。這些損害就轉變成「社會問題」，由國家制定特定政策來處理。因此這種政策，不能只以「公共政策問題」的角度來簡化。它必須同時是一種涉及重分配的「社會政策」(張世雄，1993b)。以社會保險來處理健康問題，只是其中的一種狹隘手段。這種手段是由國家來直接(如加拿大以稅收支付)或間接(徵收保費)承受不斷上漲的健保成本。整體性健康模式因此也不能自限於社會政策。它涉及的將是與人類現代生活型態有關、更廣泛的「生態政治學」(eco-politics) (Eckersley, 1992)。

生活型態因素的影響，並不會比環境的問題簡單。它涉及到現代人類在某種程度富裕生活中的浪費 (Japan, 1992: 5-46) 和自我破壞。一方面有大量垃圾的製造和資源的開發與消耗，另一方面有著毒品、「有害」身體的飲食和作息習慣。這些因素的改善，顯然也不是單靠財務健全的健康保險體系可以解決。除了基本公共衛生設備的設置和定期維持，加國醫療體系強調的是「基本醫療照護」(primary care)，以減少對較昂貴的專科醫療和高科技之依賴。同時透過對兒童健康照護的多重投資，以培養健全的主人翁，減少未來可能的醫療花費。這些措施固然可增進基本健康條件，但顯然也不足以疏解人類行為對自然和自己身體——作為自然的一部份——的威脅。

整體生活型態的進一步重塑，需要改變人類與自然間，那種「主宰者與資源」的關係。當代文化研究中，所謂「後物質主義」態度的養成，使得健康、文化和生態政治成爲一整體性的新社會政治關懷。¹⁸ 尤其是在界定什麼是「健康」或「有害」的生活型態時，「誰有權來界定」成爲一重要的政治問題 (Foucault, 1980)。基於片面利益的問題，既不能單獨由醫師界定，也不能任由「政客」或「技術官僚」的財政操縱。這正是「新保守主義」和「基進社會民主主義」的根本不同之處。雖然兩者都批評現代「生活型態」的弊端，但前者以新右派市場論述，主張由個人自行負責任，也就是反對社會保險，強調自行負擔成本。後者則注意到「生活型態」對環境和社會生活整體的影響，並非是個人負責就能解決的；且在大多數情況下，不是個人可以把「成本內化」的。因此對「生活型態」的關懷，必須強化社會整體對「合理生活型態」的理性討論和共識，而不是只把問題當成是「個人責任」，從公共生活中隱藏起來。「健康問題」如何落實在民主政治下的理性公共辯論領域，是當代健康照護問題的重大挑戰之一。

伍、加拿大健康照護保險體系的經驗

加拿大健康照護保險體系在歷經三十多年的建構和演進，我們有那些可以學習的經驗？為簡化起見，以下分五個方面來分別討論。

一、供給成本的控制

如同歐洲國家，加拿大對成本的控制，也集中在對醫療供給面的控制 (Reinhardt, 1993)。包括對醫院、醫師和 (僅涵蓋部份人口) 藥物等的成本控制，加國以政府的力量介入，以減少供給者的片面聯合壟斷和控制。這一方面使醫療資源不完全由市場來任意操縱，但同時又避免把醫療體系完全社會化，造成體系的僵化傾向與醫療品質的忽視。簡單的說，成本控制的同时，要避免醫療品質的惡化。這可以 DRGs 的管理技術說明。在美國強有力的私人保險體系下，這一方法是用來限制醫師和醫院對疾病治療的最高費用。其優點是可有效控制醫療成本，其缺失卻是以病人的健康品質為代價。醫師為了符合 DRGs 的給付規定，被誘導以最短的時間來完成手術和治療，以避免作白工。甚至為了賺更多錢，出現了各種「快手醫師」，而非重視品質的醫師。

再者，營利大型醫院對醫師的「薪水化」(因為「基層醫療」診所的不易生存)，勢必更加強醫療的「效率」，從而由 DRGs 的實施獲利。這如同以財務為中心的 Oregon model，是同性質的成本控制方法，都是以「手段」替代健康的「目的」。這正是私人保險和社會保險的重大差異，也是加拿大人自以為傲的文化差異。幾位省健康部官員與學者異口同聲的表示，私人健保的不發達，或許是臺灣全民健保實施的最佳結構性良機。但同時對大型營利醫院的有效管理(醫師團體反成次要，甚至與醫院管理者的利益衝突)，¹⁹ 卻將是成敗挑戰之所在。

二、醫療消費需求的控制

對於醫療資源的濫用，在不違背健保五大原則下——尤其是「合理的接近性」，加國政府以建立較完整的資訊系統，來發現與限制資源濫用者。相對的，「部份分擔制」(含 co-payment 和 deductible) 一方面違背合理的可近性原則，另一方面則造成健康的兩極化，強化社會不平等，「貧與病」的結合，卻沒有阻卻資源濫用的實質作用。

當前我國保費徵收的原則，被界定為是財務獨立自主的基礎，且依收入等級收取不同的費用，似乎符合社會重分配理念。但這只不過是政府增加另一種稅收的方法罷了，因為社會保險的保費徵收標準，與風險的高低概念毫不相干。換言之，這種健康保險和一般保險的「風險分攤」理念，本質上就不一致(張世雄，1993a)。因此保費徵收的開源方法，只是徒增行政機關和管理費用的擴大，無法讓人們意識到「醫療消費成本」，而產生自我節制的作用。相反的，高額的保費更可能刺激「不用白不用」的心理，增加濫用程度。這或許可以用來理解，為何加拿大以及部份歐洲國家並不在這方面浪費時間。

甚至當全世界最資本主義的美國，都開始要尋求如何去除「支付能力構成的障礙」時(Gostin, 1993: 10)，我國的經建會仍努力把目標建立在如何設置「防止人民過度使用」的障礙上，以維持「健保的獨立健全財務」。如此一來，全民健保只是在形式上把更多的國民納入管理體系，但高保費和自負額比率的设计，卻繼續創造「醫療貧窮」和擴大「醫療的不平等」。這種設計是因為「倒因為果」造成的後果。一方面，立於新古典經濟理論，把經濟不景氣歸於健保和社會福利的負擔過重所致。另一方面，採保險制的健保體系，保費徵收的重要理由之一是「稅務制度的不健全」(覃怡輝，1991: 152)。可疑的是，為何不能努力改善稅制，反而創造一個更大的徵收體系，徒增管理成本的問題。這種設計，已完全喪失加國由較低管理成本所造成的優勢。

當然我國全民健康保險制度的設計，表面上並沒有忽略對供給成本的控制。但我國「財務健全原則」卻將會是偏重以提高保費和自付額比率來解決成本上升的問題，而非更有效的控制供給成本和醫療品質。重要理由之一是醫療供給者和消費者間，政治和經濟力量的不平等。醫療供給者可以透過利益團體的政治壓力和個別執業上的診斷權力，來突破和減緩對供給成本的行政管理控制。相對於沒有組織和作為病患身份的消費者，卻沒有這些優勢，來面對和阻止醫療負擔的上漲。為減緩這種不平等，在美式「管理式競爭」中，企圖組織消費者，運用團體力量部份的限制醫療專業的權力。我國全民健保體系則仍停留於把消費者「個別化」，只由公辦（甚至私辦）保險人來決定消費者的利益。消費者只能透過「政治市場」來爭取其利益，但結構性權力的不平等，總是造成「政治市場上的失敗」。但即使是美式多元主義政治下的「管理式競爭」，也無法有效限制如 Deborah Stone (1980) 所批評的「醫療專業的權力」。政治和經濟的雙重弱勢下，縱使全民健保制度的設計表面上是同時對供給面和需求面增加的控制，但實質上卻因權力的結構不平等，成為「消費者自我限制」的成本控制模式。

的確，傾向市場競爭理論為基礎的健保體系，採取的「成本控制」策略是不完整的，且是惡性循環的。他們把「醫療成本」當成是醫療人員的「醫療收入」(Evans 所說的)，所以是增進效率的誘因來源。於是強調把成本控制機制，轉移成「消費者」的負擔，以提高其「成本意識」來控制消費需求的上漲。把醫療成本控制的問題，當成是由醫療「消費者」理性的消費行為，要求「消費」的病患，「理性的先行自我診斷」是否需就醫。這結果反而可能因延遲就醫，而需要浪費更多的社會醫療資源來補救。這種「消費者主權」的論述，是種無濟於事的幻想。新古典經濟學的市場論，常侷限了我們的視野於消費行為，忽略了生產供給的問題。更忽略了醫療領域中，「技術創新」很快的就成為「消費需求」的一部份，如斷層掃描的使用。畢竟

醫師扮演著守門人的角色，決定了誰可以使用和誰不能。因為無能對醫師有效管制的結果，卻又成為要病患「自我節制」的藉口。同樣重要的，在私營和公營間，以及所謂「競爭效率」和「規模效率」兩種相競的合理化論述間，我們又要依據什麼標準，在生產面上做「理性的選擇」。

三、整體性的健康照護模式

如同 Saskatchewan 省健康部副部長所說的，如果健保體系可以再重頭開始做起，他們絕不會選擇當前這種「醫療化」的模式。的確，這種模式不但不會把「環境」當成是健康體系的重要因素，反可能會加強對環境的破壞。無論是幸或不幸，日益沉重的財務壓力，促使人們開始反省現行「醫療化」模式的先天缺陷。同樣的，現代「資源消耗和健康破壞」的生活型態，也一併遭到質疑。健康的問題，被擴大到生態政治與文化政治的整體性探討。在這種反省意識下，「整體的健康維護模式」成為加國健保的新方向。簡言之，我們的學習對象，不能只是停留在「成本控制」和「需求控制」的財務技術層面，而必需深入思考模式和生活態度的反省層面。

四、政治化、民主化與公民健康權益

健保的問題涉及到公民健康權益和醫療資源生產與分配的問題，所以也是一種政治的問題。傳統醫師直接面對患者間的權威關係，在政府經營下的健保體系中，又增加了新的權威關係。面對技術官僚高倡「去政治化」的技術觀點，我們必須意識到「技術化的新權威主義」之限制。我們需要的不是「去政治化」，而是深化和加強公民的「政治意識和參與能力」。在西方社會，以社區為單位的政治參與模式，有著重大的發展與潛力。如在政治學上有 Communitarianism 的發展，以及各種社區公民參與的活動和組織。這種新的民主化趨勢，非常不同於美式個人主義下的「利益團體政治」。當然，這不代表

Communitarianism 是沒有缺陷的 (Chang, 1992), 但卻是可以努力改善的。也唯有把政治問題納入考慮, 資訊化的可能危險, 才能被反省和努力防範。

以社區為政治參與單位的問題, 也關係到政府組織的權力分配。集權或分權的政府型式, 自然影響到健保體系運作和管理上的不同。加國的聯邦制與強有力的地方自治文化, 也強化其未來體系「社區化」的改革可行性。相對我國政府向來的集權管理, 尤其是財政, 使地方長久以來缺乏真正自主性和地方創造性。在中央集權下, 地方政府無權和錢, 來改善其居民的健康條件。這種集權的政體, 使我們無法提高行政官僚體系的效率。在盛讚加國和瑞典政府, 改革中央對地方補助的方式, 有效的促使地方政府提高效率和控制成本增加 (民生報, 1993 年 9 月 21 日), 我國的經建會居然忽略了「政府構造」上的截然不同。缺乏對政府和政治結構的整體性理解, 徒以財務預算控制來設計全民健保體系, 產生的將是惡性的「非預期後果」。

五、階段性實施全民健保

加國健保的實施是採階段性的策略, 把不同的保險逐步涵蓋。其施行的次序, 首先是提供住院保險, 其次是醫師診療保險。第三步的藥物保險, 則因遭到財務壓力, 只有涵蓋部份最需要的人口。Saskatchewan 省是目前唯一有全省性的藥物保險者。階段性策略的優點, 是使得所有人口可以同時受到相同的保障; 而不是採對特定人口, 「依序」涵蓋入一次建立的周延性健保, 並造成社會不公平。其次, 分段實施容許在過程中, 專注於該階段目標和手段上的修正, 無需牽涉到整體健保架構的修正, 並可從前階段中找尋可行的經驗。同時也可避免一次施行時, 可能遭遇到的財務和行政管理規劃困難。

當然, 分段實施不可避免的, 也會遭到某種形式的資源扭曲。那就是為取得免費治療, 人們或是拖延門診治療時機, 或者利用特權來住院治療, 結果更加浪費醫療資源。經濟學家通常會以此為反對分段

實施的理由。這種批評之所以成立，是預設了一個「沒有扭曲存在的經濟學烏托邦」。這種烏托邦如果存在，那很糟糕的是，我們根本就不需要「選擇」了，也因此不需要以「選擇」為本質的經濟學了。選擇的必要，自然是面對不同的資源扭曲（即分配），依特定不同的價值關懷和社會經濟後果，來做選擇。這裡的關懷是社會正義或公平的價值問題，而不是光從當代經濟學狹窄的人性「自利」和「理性選擇」假定中，「演繹」出「所有門診病人都會選擇住院」。

這些對加拿大經驗的分析，仍是初步和片面的。如同一位評論者所建議的，本研究應可向兩個方向去深入探究。²⁰ 一是放在比較的架構中，向上探索加拿大引入健保新方向的特定根源。換言之，相對於加國的變，要能找出原因，說明為何其它國家不採取同一方向的改變。當然這些因素可能有很多，但要籠統的說是「政治文化傳統」、是「政治經濟」或是「人文地理」等片斷的因素，並無實質的幫助。我們的確需要有更整體性的比較研究。一則是向下清楚的勾劃出「新圖像」，以理解特定策略生效的制度背景和其它條件。這種研究可幫助我國在選擇不同制度時，有具體可參考處。一方面受限於本研究的條件，另一方面加國新方向仍在起始階段，如 Saskatchewan 省的 Wellness model，倘未有具體成效可供最後評估。這兩個方向當然都是值得再探究的。

陸、結 語

如果上述討論的五個層面，是一個——套用流行語——「全方位」全民健保所可能需要考慮的基本要點，那我們可以試著用它們來評估一下規劃中的全民健保。學者覃怡輝在檢視經建會的「全民健康保險制度規劃」時，就曾明白的指出健保規劃的盲點：在面臨可達健康目標的多重選擇（包括津貼制與公共救助制）中，經建會選擇了社會保險制的唯一理由，顯然只是財務的考慮（1991：152）。當前我國全

民健保規劃的方向，包括學者的研究範圍，多集中在第一、二個層面討論，也因此都仍侷限在「醫療化」模式(尤之毅，1993；江東亮，1989；呂文峰等，1992；曾淑芬，1993；楊志良等，1990；衛生署，1993)。如進一步檢視其規劃原則，又可發現一方面無法真正遵照風險成本的估算，另一方面卻又強調要財務自主。再者不斷要模擬私人保險的手段，來減少患者的醫療消費，同時卻不斷的強化昂貴的「醫療化模式」擴張。這些自我矛盾的措施，使得供給成本控制和消費需求控制趨於無效。

如果檢視目前全民健保的規劃，唯一稱得上進步的是由「支出引導」轉變為「預算引導」的健康照護。但總額預算制仍舊無法改變「體系的不理性」。更何況支出成本與健康效益間的關係，至今仍舊十分模糊。而這種醫療系統對病患的個別需求，更是缺乏反應(Deber, 1993)。只有以一整體性的健康維護模式和思考，才能減少這些體系的不理性和自毀的力量。對當前「醫療化模式」的深省，才是本文認為的加拿大模式教訓：即使是像加國這麼有績效的健保體系，仍不可避免的陷入「醫療化」無止境惡性循環。這教訓當然絕對不是建議我國健保體系應「模仿」或「移植」加拿大的「醫療化」模式(如許多評論者的誤解)。相反的，我們的建議是以「整體性健康維護模式」為思考的方向。而「整體性思考模式」本身，就已排除了「片斷性」移植或模仿的適當性和可能性。

對於整體性健康維護的理念和措施，目前除了在衛生署規劃目標上列入「(四) 促進國民健康」外(衛生署，1993：12)，並無真正具體的方案，當然也缺乏生態環境和生活型態的實質考慮。政治化、民主化和公民健康權益的層面，也在優先考慮財務健全和行政管理效率的目標下，成為次要的問題。但實際上，其間政治利益的糾葛和操縱，完全被全民健保的美名掩飾著。最後，早期規劃中的健保實施階段性，乃是以「特定人口團體」為分段的標準(衛生署，1993：13)。這種把人口「分類」來「管理」的方式，一方面不符合人人平等或保障

弱勢團體的現代法律原則，另一方面更是現代國家官僚體系以「技術理由」，採「分類而治之」監控技術的基礎 (Foucault, 1980)。這造成政治上「威權組合主義政體」的架構，更加符合「醫療化模式」的生存結構條件。稍後，因政治市場的競爭因素，全民健保方案又改為「一次納入」的方案。相對於「分類人口再分階段納入」所造成的政治正當性困難，「一次納入」的難題正好相反：龐大的財務和行政管理負擔。

我國全民健保先後歷經經建會和衛生署的規劃，並通過所謂「財務獨立自主原則」。這些規劃在這中心原則下，已把健保問題不斷地經濟化、財務化、技術化和徹底「醫療化」。這種「醫療化模式」勢將會窄化我們的全民健保從「全方位」到「錢方位」。如何扭轉這趨勢，仍有待更多開放性的公民參與和理性討論。社會學對結構性限制和非意圖的社會後果的分析，可以提供更廣政策介入的切入點。

註釋

- 1 accessibility 我國學者通譯為「可接近性」。陳孝平教授提出「可進性」的譯名，以強調不只是可靠近，且是可以「進入」醫療服務體系。唯我國學者多已習慣舊的譯法，本文最後仍採用。
- 2 筆者曾參加 1993 年 8 月中，在 Regina, Saskatchewan，舉行的第五屆加拿大健康經濟學會議 (Fifth Canadian Conference on Health Economics)。會中的論文研論和會外的交換意見，顯示出加國健康經濟學者對該國健保的強烈共識，並處處以美國為警惕。例如與會者對 Oregon model，以財務限制來決定健康照護的涵蓋項目，多方嘲諷。
- 3 加拿大醫院協會 (Canadian Hospital Association) 指出該國多數醫院具有傳統的宗教組織基礎。
- 4 Randy Reid 從一醫院管理角度，來評論醫療專業人員的工作動機。

- 5 Medical Care Insurance Act 立法通過的年代，常發現有兩種不同說法。1966 (Canada Health and Finance, 1992; 呂文峰等, 1992) 和 1968 (Taylor, 1990; Canada, 1993)。兩種說法間的差異，是因認定的不同。1966 是三讀通過，但生效日期卻是 1968 (Taylor, 1990: 149)。
- 6 富有省份以其獲得的高額補助經費，繼續設立醫院和擴充其醫療設施和人員，以便繼續獲得更多的補助。這種惡性循環效果使得加國醫院林立。在據 Saskatchewan 統計，密度曾高達十英里一家。這也是目前各省極力施行醫院體系「合理化」的主要理由。「合理化」的結果，首先是關閉許多醫院，同時重新調配地區醫院間的資源合作，務使資源不會過度重覆設置。當然這種可能性是建立在加國醫院體系，絕大多數為社區醫院，並依賴政府的總額預算來運作。
- 7 參見 Health Services and Promotion Branch, Health Insurance Directorate, Ministry of Health, Ontario, 1991 年 4 月所提出的「使用費的有效性」(Effectiveness of User Fees) 報告。該報告並附有 8 頁來自美、加的相關研究目錄和摘要。
- 8 1990 年的醫療支出統計中，醫院佔 38%，老人院、護理之家和其它機構佔 11%，醫師佔 15%，其它醫療專業人員 7%，藥物 13%，醫院建造、維修、機器和設備 4%，其它行政費用、研究、醫療用品 12% (呂文峰等, 1992: IV)。如果我們把與醫院直間接相關的項目加總起來，則必然超過 50% 以上。
- 9 在 Kingston 地區，醫院數由三間變二間。且二間醫院整頓為互補的功能取向。在 Saskatchewan，因人口散布廣所建立的許多大小醫院，也逐步的在縮減中。
- 10 這是筆者在今年 8 月中，分別與該省的健康部副部長 Duane Adams，和健康照護保險處執行主任 Lawrence Krahn 的訪談中，所獲知的新策略。雖然這一策略尚在討論階段中，但配合這一策略所規劃的全省健康照護區域劃分，於 5 月完成立法 (1993, Chapter H-0.01, An Act Respecting Health Districts)，而劃分的初步作業也在 8 月完成。

- 11 醫院管理人員當然期待這種發展，以便利醫院管理。Mr. Randy Reid, Ottawa 一家大型兒童醫院副總裁兼財務部門主管，作如是的說明。Ontario 健康部的官員，也說明他們在這方面所作的努力。
- 12 Ontario 省自 1989 起，健康部和以 Queen's University at Kingston 為基地的一些健康政策學者，如 John Marriott 和 John Dorland (Dorland and Barham, 1993)，都是 CHO's 重要的倡導者。但在 Ontario 省，這也不是沒有異議的。雖然這種組織形式，也得到該省醫師公會 (OMA) 支持和配合，但目前最多只有二、三個有限地區，在進行小規模的實驗 (Taylor, 1990: 205-6)。相對地在美國 HMOs 法案 (Health Maintenance Organizations Act) 早於 1973 年即通過，且有許多這類健康照護組織形成。HMOs 的流行，也可能是因為美國缺乏可以照護其全體居民的健保體系。這些差異仍有待進一步研究。
- 13 鑑於藥物保險支出的急速成長，該省現改採 850 加幣的 deductible 制。亦即每半年內，購藥支出在 850 加幣 (或每月 60 元)，由消費者自付。超出部份則由保險給付。同時為顧及低收入者的負擔，自行負擔額 (deductible) 又依個人收入基礎來調整。以一套特定公式，將個人收入數字輸入，電腦即可得出個人的自行負擔額。該額度從最低的零元，到最高的 850 元。如此一來，又顧及社會公平。一般而言，中上收入者皆會落入最高自付額。但凡要請求低於現行自付額者，必需同意查閱個人有關的稅務資料 (An interview with Mr. Peter Suwala, Director of Prescription Drug Services Branch)。
- 14 Saskatchewan 省的研究發現，藥物的交互作用問題，約在 9% - 26% 之間。在 Manitoba 省更可達 40% (同上註，Peter Suwala)。
- 15 依據 Otto H. Driedger (Director of School of Human Justice and Professor of Social Work, University of Regina) 的說法，西岸的 The Fraser Institute 是加國新右派的大本營。
- 16 有關「政治化」和「去政治化」的爭論，成為第五屆加拿大健保經濟會議的重要議題。與會的 Raisa Deber 更以犀利的言論，來反駁「去政治化」的神話。

- 17 現任加拿大醫院協會 (Canadian Hospital Association) 主席，Carol Clemenhagen，在 8 月的訪問中，指出這難題。
- 18 「社會」、「文化」與「自然」的相互關係，請參考「社會需求理論與福利需求詮釋的政治」一文(張世雄，1993b)。
- 19 醫師團體對全民健保的反對首要理由，是干預其專業自主性。但這是片面的觀點。在商業利潤引導下，醫院僱用的醫師更喪失其自主性，以利潤中心來誘導醫師不計手段，降低醫療成本，以獲較高利潤。小診所的醫師則在龐大醫院的擠壓下，難以生存。大醫院的擴張(私人保險)，才是醫師具誘惑的危險敵人。
- 20 來自陳孝平教授的重要評論。

參考資料

尤之毅

- 1993 〈從美國柯林頓總統醫療改革方案看我國全民健保之規劃〉，
《台灣醫界》36 (2)：121-6。

石曜堂

- 1992 《加拿大健康保險考察報告》。行政院衛生署。

江東亮

- 1989 〈台灣地區醫療財源籌措的現況與問題〉，臺北：全民健康保險
國際研討會。

呂文峰、李博志等

- 1992 《加拿大健康保險之支付制度研究》。行政院衛生署 81 年度委
託研究計劃。

張世雄

- 1993a 〈社會保險的社會邏輯〉，見王國羽(編)，《社會安全問題之探
討》。嘉義：國立中正大學社會福利研究所。
1993b 〈社會需求理論與福利需求詮釋的政治〉，尚未發表。

覃怡輝

- 1991 〈對經建會全民健康保險制度規劃的評估〉，《人文及社會科學集刊》4：137-196。臺北：中央研究院中山人文社會科學研究所。

曾淑芬

- 1993 〈從全民健康保險談我國之基層醫療品質保證〉，《台灣醫界》6(1)：22-25。

楊志良、蕭慶倫、盧瑞芬

- 1990 〈從全民健康保險看我國醫療保健體系〉，《公共衛生》16(2)：341-57。

衛生署

- 1993 〈全民健康保險規劃簡介〉。行政院衛生署。

簡聰健

- 1990 〈對未來台灣版 DRGs 之我見〉，《台灣醫界》35(11)：975-8。
1993 〈醫院管理與 DRGs/PPS〉，《台灣醫界》36(6)：520-7。

Andreopoulos, Spyros

- 1975 *National Health Insurance: Can We Learn from Canada?* New York: Wiley.

Canada

- 1974 *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Department of Health and Welfare.
1992 OECD Health Care Reform Project: National Paper, Canada. Ministers of Health and Finance Meeting, June 17-18, 1992. Ottawa: Department of Health and Department of Finance.
1993 "Health Care in Canada," *Canapress* (February). Washington D.C.: Canadian Embassy at Washington, D.C.

Chang, Shrsyung

- 1992 "Politics of Postmodern Self," 〈國立中正大學學報社會科學分冊〉4：71-119。

Deber, Raisa B.

- 1993 "Canadian Medicare: Can it work in the United States? Will it Survive in Canada?" *American Journal of Law and Medicine* 19: 75-93.

Dorland, John L. and Vicky Barham

- 1993 "An Economic Perspective on Comprehensive Health Organizations," Paper Presented at the Fifth Canadian Conference on Health Economy. Regina, Saskatchewan.

Eckersley, Robyn

- 1992 *Environmentalism and Political Theory*. SUNY Press.

Evans, Robert G. et al.

- 1989 "Controlling Health Expenditures — The Canadian Reality," *New England Journal of Medicine* 320 (9): 571-7.

Foucault, Michel

- 1980 "The Politics of Health in the Eighteenth Century," in Colin Gordon (ed.), *Power/Knowledge*. Pantheon Books.

Gostin, Lawrence O.

- 1993 "Health Care Reform in the United States— The Presidential Task Force," *American Journal of Law and Medicine* 19: 1-20.

Hancock, Trevor

- 1985 "Beyond Health Care: From Public Health Policy to Healthy Public Policy," *Canadian Journal of Public Health* (May/June): 9-11. Japan
1992 *Annual Report on Health and Welfare, 1990-1991*. Ministry of Health and Welfare.

Japan

- 1992 *Social Insurance in Japan*. Social Security Agency.

Jost, Timothy S. and Sandra J Tanenbaum

- 1993 "Selling Cost Containment," *American Journal of Law and Medicine* 19: 95-120.

Lemay, Anne, et al.

- 1993 "Can Technocratic Regulation Control Health Care Cost?" Paper Presented at the Fifth Canadian Conference on Health Economics. Regina, Saskatchewan.

Love, James P.

- 1993 "The Other Drug War: How Industry Exploits Pharm Subsidies?" *American Prospect* (Summer): 121-8.

Marmmor, Theodore and Jerry L. Marshaw

- 1990 "Canada's Health Insurance and Ours," *American Prospect* 9(Fall): 18-29.

Maxwell, Judith

- 1993 "Cost-effective Health Care: The Challenge for Canadian Researchers," Paper Presented at the Fifth Canadian Conference on Health Economics. Regina, Saskatchewan.

Orloff, Ann Shola

- 1993 *The Politics of Pensions: A Comparative Analysis of Britain, Canada, and the United States, 1880-1940*. University of Wisconsin Press.

Parsons, Graham

- 1993 "Resolved that Significant Savings could be Made in the Canadian Health Care System without Adverse Consequences for the Canadian Population," Paper Presented at the Fifth Canadian Conference on Health Economics.

Reinhardt, Uwe E.

- 1993 "Reforming the Health Care System: The Universal Dilemma," *American Journal of Law and Medicine* 19: 21-36.

Saskatchewan

- 1993a *A Saskatchewan Vision for Health: A Framework for Change*. Ministry of Health.

1993b "Appendix B: Comparison of the Roles of of the Provincial Health Council, the Health Services Utilization and Research Commission, the District Health Boards and the Saskatchewan Department of Health," *Ministry of Health*.

Starr, Paul

1993 "Healthy Compromise: Universal Coverage and Managed Competition Under a Cap," *American Prospect* 12 (Winter): 44-51.

Stone, Deborah A.

1980 *The Limits of Professional Power*. Chicago.

Taylor, Malcolm G.

1990 *Insuring National Health Care*. University of North Carolina Press.

The Provincial/Territorial Ministers of Health

1992 National Physicians' Strategy Announced. January 28, 1992. Banff, Alberta.

Wong, Agnes M. F.

1993 "The Oregon Approach to Health Care: Its Applicability to Canada," Paper Presented at the Fifth Canadian Conference on Health Economics.